



c) niepełnosprawności      stale / okresowo

**6. Zakres świadczeń niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania w środowisku osoby badanej (właściwe podkreślić):**

- |  |                  |
|--|------------------|
| a) pielęgnacja chorego                       | stale / okresowo |
| b) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | stale / okresowo |
| c) leczenie, badania i porady lekarskie      | stale / okresowo |
| d) rehabilitacja lecznicza                   | stale / okresowo |
| e) badania i terapia psychologiczna          | stale / okresowo |
| f) wzmożona opieka medyczna                  | stale / okresowo |

**7. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez (właściwe podkreślić):**

- |                       |     |     |
|-----------------------|-----|-----|
| a) lekarza psychiatrę | tak | nie |
| b) psychologa         | tak | nie |

**8. Czy istnieje możliwość samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu przy pomocy wsparcia w formie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania (właściwe podkreślić) :**

tak              nie

**9. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia (proszę podkreślić):**

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- f) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie

**10. Osoba wymaga/ nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji (właściwe podkreślić).**

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)